

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ГАСТРОШУНТИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ

Соколов С. А., Ленский Б. С., Москалец М. В., Каннер Д. Ю., Федоров Е. Д.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения города Москвы»

ВВЕДЕНИЕ

Возникновение рака в шунтированном желудке после бариатрической операции, выполненной по поводу морбидного ожирения, — редкое, но встречающееся явление. В мировой литературе, с момента предложенной в 1997 г. американским хирургом R. Routledge мини-гастрошунтирующей операции и до настоящего времени, зарегистрировано до 10 таких случаев [1, 2, 3]. Интервалы между шунтирующими операциями и развитием рака в «отключенном» желудке составляют от одного до двадцати двух лет, а своевременная диагностика онкопроцесса зависит от наличия, либо напротив, отсутствия эффективных инструментов для мониторинга [2, 3]. Существует несколько методов оценки состояния «отключенного» желудка: рентгенологический, включающий чрескожное

введение контраста в шунтированный желудок, ретроградный осмотр педиатрическим колоноскопом или энтероскопом [1, 5].

Неоспорим тот факт, что отдаленные результаты бариатрической операции зависят и от качества эндоскопического осмотра пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки выполненного перед хирургическим вмешательством. Рак, выявленный в «отключенном» желудке через год после шунтирующей операции, напрямую связан с недостаточным предоперационным эндоскопическим осмотром [2, 4].

В настоящей статье рассмотрено нетипичное для общей практики клиническое наблюдение — эндоскопическая диагностика и удаление аденокарциномы кардии у пациента с морбидным ожирением через три месяца после гастрошунтирующей операции, а также методика эндоскопического осмотра «отключенного» желудка с использованием однобаллонного энтероскопа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мужчина 55 лет, обратился в нашу клинику в сентябре 2019 года для проведения уточняющей диагностики и лечения по поводу рака кардиоэзофагельного перехода. На момент обращения присутствовали жалобы на незначительные, периодически возникающие боли в эпигастрии. Из анамнеза известно, что на протяжении многих лет пациент страдал морбидным ожирением (индекс массы тела 49,4), имел характерную для метаболического синдрома сопутствующую патологию (сахарный диабет II типа, инсулинпотребный, субкомпенсация; диабетическая ангиопатия, полинейропатия; гипертоническая болезнь III ст., 2 ст.). Консервативные методы лечения были неэффективными, в связи с чем 10 июня 2019 г., в одном из Московских центров бариатрической хирургии, пациенту была проведена лапароскопическая операция — минигастрошунтирование

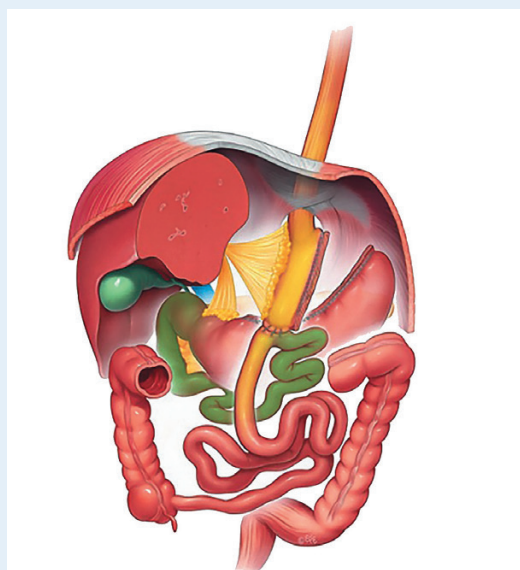


Рис. 1. Схема выполненной в центре бариатрической хирургии мини-гастрошунтирующей операции

(«Mini-Gastric Bypass»). Суть операции состояла в формировании и изоляции «малого желудка» от «отключенного» желудка с наложением гастроэнтероанастомоза с «малым желудочком» по типу Бильрот-II на длинной (не менее 200 см) приводящей петле (Рис. 1).

За 3 дня до операции, в этом же центре пациенту была выполнена эзофагогастродуоденоскопия, по результатам которой в области розетки кардии была выявлена «гиперемия и отечность слизистой оболочки», расцененная как «эрозивный эзофагит на фоне недостаточности кардии» (Рис. 2). Вопреки существующим клиническим рекомендациям из «зоны отека слизистой оболочки» была произведена биопсия, а плановая бариатрическая операция была выполнена до получения результатов гистологического исследования. Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости перед операцией не проводилась.

Через 7 дней после бариатрической операции (17.06.2019 г.) стал известен результат планового гистологического исследования биоптатов: умеренно-дифференцированная аденокарцинома кардии. Опирующим хирургом было рекомендовано пересмотреть стекла и блоки в онкологическом учреждении.

Послеоперационный период у пациента сопровождался длительно незаживающими язвами по нижней полуокружности гастроэнтеро-анастомоза, в связи с чем на протяжении трех месяцев в амбулаторном режиме проводилась противоязвенная, противовоспалительная, корригирующая терапия. За это время вес пациента уменьшился на 30 килограммов (со 160 до 130 кг), нормализовался уровень глюкозы крови (с 16 до 8 ммоль/л).

При поступлении в нашу клинику, по результатам пересмотра предоставленного гистологического материала был подтвержден диагноз аденокарциномы (Рис. 3). При повторной эзофагогастродуоденоскопии в области кардиоэзофагеального перехода было обнаружено эпителиальное образование Is типа, размерами до 15 x 20 мм, высотой до 8 мм. При осмотре в узком спектре света (NBI) с использованием функции двойного фокуса имела отчетливая демаркационная линия между новообразованием и окружающей его слизистой оболочкой, а в его центральной части микрососудистый рисунок имел нерегулярный характер, ямочный рисунок поверхности эпителия был разрушен, что согласно VS-классификации К. Yao

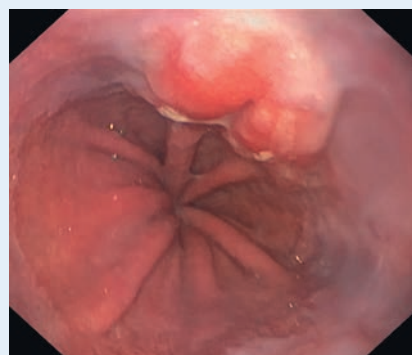


Рис. 2. Эндоскопический осмотр в центре бариатрической хирургии. Из протокола исследования: «...в области розетки кардии отечность и гиперемия слизистой, биопсия...»

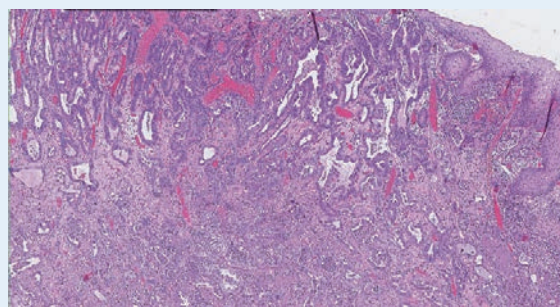


Рис. 3. Аденокарцинома пищевода. Окраска HE, увеличение x 100

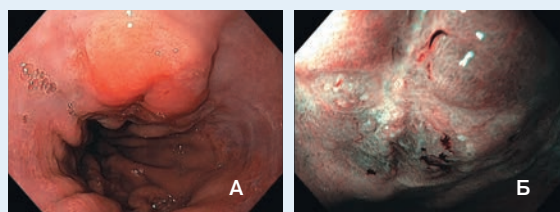


Рис. 4. Эндоскопический осмотр МГОБ № 62. А). в области кардиоэзофагеального перехода эпителиальное образование Is типа, 15 x 20 x 8 мм; Б). осмотр в режиме NBI с использованием функции двойного фокуса: отчетливая демаркационная линия между новообразованием и окружающей его слизистой оболочкой, в центральной части образования микрососудистый рисунок имеет нерегулярный характер, ямочный рисунок поверхности эпителия разрушен

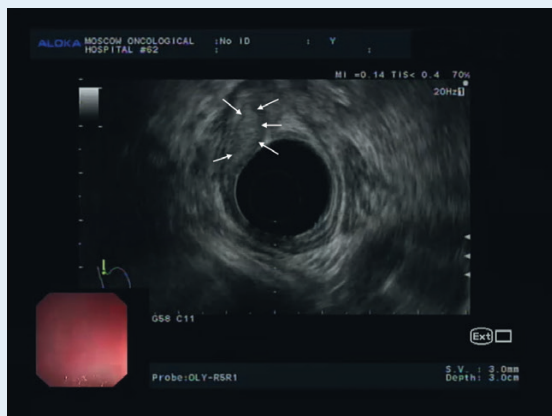


Рис. 5. Эндоскопическая ультрасонография: опухоль исходит из слизистого слоя, подслизистый слой прослеживается фрагментарно, мышечный слой интактен

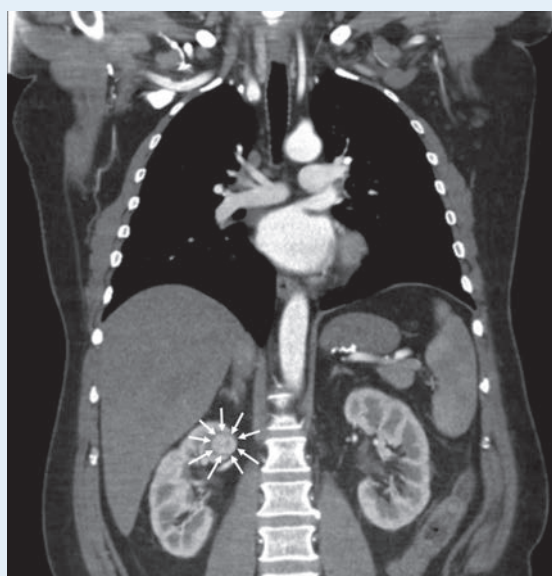


Рис. 6. Компьютерная томография в МГОб № 62: стрелочками показана опухоль правой почки

характерно для неопластических изменений (Рис. 4 А, Б). Просвет «малого» вновь сформированного желудка расправлялся не полностью, складки были утолщены, слизистая оболочка отечная, гиперемирована. Гастроэнтероанастомоз широкий, эластичный, слизистая оболочка его отечная, незначительно гиперемирована, без язв и эрозий. Слизистая оболочка анастомозированной тонкой кишки без особенностей.

Для оценки глубины инвазии опухоли в стенку пищевода и желудка, а также для характеристики регионарных лимфоузлов была выполнена ультрасонография эхоэндоскопом с радиальным УЗ-датчиком (частота 5–10 МГц). По результатам исследования в области кардиоэзофагеального перехода по передней полуокружности определялось гипоехогенное образование до 15 x 20 мм, исходящее из слизистого слоя стенки, подслизистый слой прослеживался фрагментарно, мышечный слой был сохранен, интактен, наружный контур стенки пищевода и желудка ровный, четкий (Рис. 5). Увеличенные и патологически измененные лимфатические узлы не определялись.

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости с контрастным усилением: состояние после гастростунтирующей операции, умеренно выраженная внутрибрюшная и забрюшинная лимфаденопатия (лимфоузлы до 10 мм), в верхнем полюсе правой почки опухоль до двух сантиметров в диаметре (Рис. 6).

На основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и обследований был сформулирован предварительный диагноз: «Первично-множественное синхронное злокачественное заболевание: 1) рак кардиального отдела желудка, стадия I, cT1N0M0, Siewert II. Гастростунтирующая операция по поводу морбидного ожирения от 10.06.2019 г. (центр бариатрической хирургии); 2) рак правой почки, стадия I, cT1aN0M0».

Общепольничный онко-консилиум принял решение на первом этапе удалить опухоль кардии методом резекции слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя. Вторым этапом, с целью исключения мультицентричного опухолевого поражения, осмотреть «отключенный» желудок. По результатам проведенных вмешательств определить дальнейшую тактику. В случае радикально выполненной диссекции в кардии и отсутствии синхронных опухолей в «отключенном» желудке, третьим этапом выполнить удаление опухоли правой почки.

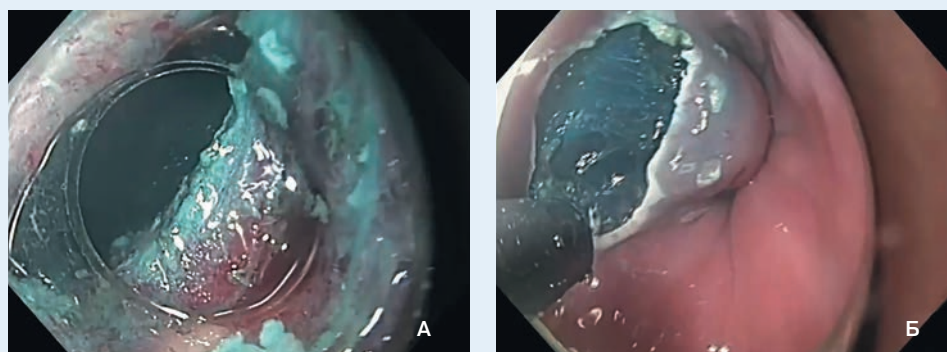


Рис. 7. Этапы эндоскопического удаления опухоли кардии:
А). разрез слизистой оболочки проксимальнее опухоли;
Б). формирование тоннеля под опухолью

Эндоскопическая операция была выполнена 26.09.2019 г. в условиях эндотрахеального наркоза с использованием помпы для подачи воды в дополнительный канал эндоскопа GIF-N-180J (Олимпас, Япония) и инсуффляцией углекислого газа. Точечная маркировка слизистой оболочки (отступая от видимых краев опухоли 4–5 мм), циркулярный разрез слизистой оболочки вокруг опухоли (отступая от эндоскопических меток 3–4 мм) и диссекция подслизистого слоя выполнялись эндоскопическим ножом Triangle Knife (Олимпас, Япония). При создании тоннеля под опухолью в подслизистый слой вводился раствор гиалуроновой кислоты с индигокармином (Рис. 7 А, Б). В связи с хирургически измененной анатомией и ограниченным «малым желудочком»

пространством во время операции возникали сложности в позиционировании и с навигацией. Это не изменило план операции; опухоль была удалена единым блоком. Гемостаз видимых сосудов в ложе удаленной опухоли был осуществлён коагуляционным зажимом «Coagrasper» (Олимпас, Япония). По окончании операции признаков перфорации, кровотечения не выявлено. Продолжительность операции составила 190 минут. Операционный препарат (40 x 50 мм) был извлечен, фиксирован на планшете и погружен в забуференный формалин (Рис. 8).

Морфологическое и иммуногистохимическое заключение: тубулярная аденокарцинома пищеводно-желудочного перехода, grade I. Опухоль прорастает

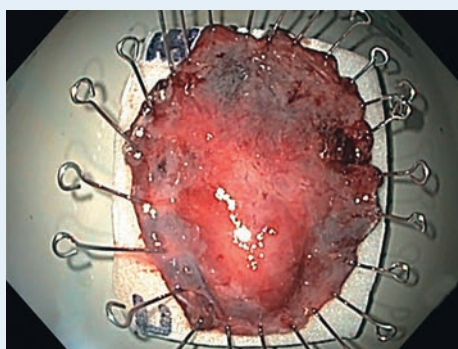


Рис. 8. Макроскопическое описание удаленного препарата: фрагмент слизистой оболочки, размерами 47 x 35 x 8 мм. Слизистая оболочка серо-коричневого цвета, в 4 мм от проксимального края препарата — определяется бугристое образование размерами 16 x 12 x 5 мм

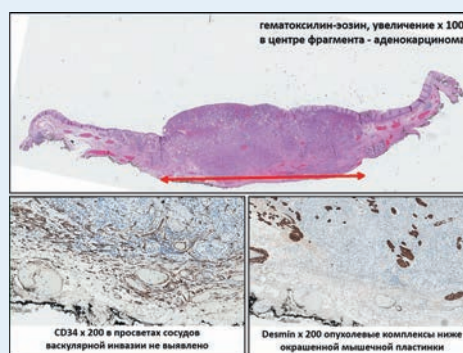


Рис. 9. Иммуногистохимическое исследование. Тубулярная аденокарцинома пищеводно-желудочного перехода, grade I. Sm1, pT1b, Ly «-», V «-», LM «-», VM «-», RO

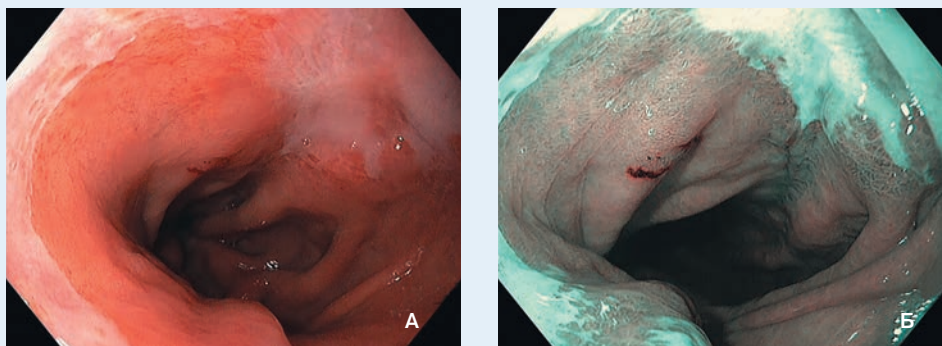


Рис. 10. Эндоскопический осмотр через 3 месяца после диссекции:
А). осмотр в белом свете (WLI) - гладкий белесоватый рубец;
Б). осмотр в режиме NBI – признаков резидуальной/рецидивной опухоли не выявлено

в верхнюю треть подслизистого слоя (sm1), pT1b. Васкулярной инвазии не выявлено (Lu «-», V «-»), в краях препарата признаков опухолевого роста не выявлено (LM «-», VM «-»), R0 (Рис. 9).

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент получал ингибиторы протонной помпы в дозировке 40 мг 2 раза в день внутривенно на протяжении 3 дней, далее по стандартной схеме. При контрольном эндоскопическом осмотре через 3 и 6 месяцев после диссекции в области кардии определялся гладкий белесоватый рубец, без признаков резидуальной/рецидивной опухоли (Рис. 10 А, Б).

Вторым этапом пациенту был выполнен осмотр «отключенного» желудка. Исследование проводилось в условиях эндотрахеального наркоза. Использовался одноканальный энтероскоп SIF Q180 (Олимпас, Япония), с помощью которого были осмотрены все

200 сантиметров приводящей петли тощей кишки и осуществлен последовательный ретроградный осмотр двенадцатиперстной кишки и «отключенной» части желудка (Рис. 11). Общее время исследования составило 60 минут. Осмотр слизистой оболочки проводился в белом свете и режиме NBI, после продолжительного тщательного отмывания большого количества вязкого слизистого секрета раствором ацетилцистеина. Опухолевых поражений культи желудка выявлено не было. В ретропилорической части луковицы двенадцатиперстной кишки определялись инвагинированные в просвет кишки утолщенные желудочные складки, многочисленные участки утолщенной слизистой оболочки округлой и овальной формы из которых была взята биопсия. По результатам гистологического исследования — морфологическая картина хронического умеренно выраженного дуоденита с очагами гиперплазии эпителия.

Учитывая анамнез, результаты обследования, интраоперационную картину, результаты морфологического и иммуногистохимического исследований, решением общепольничного онко-консилиума дополнительного противоопухолевого лечения по поводу рака желудка пациенту назначено не было.

Третьим этапом, как и было запланировано, 24 апреля 2020 г. в МНИОИ им. П. А. Герцена пациенту была выполнена лапароскопическая резекция правой почки. Гистологическое исследование операционного материала: светлоклеточный почечноклеточный рак, G 2, с участками кровоизлияний, очагами инвазии капсулы почки, без распространения в паранефральную клетчатку, в крае резекции почки опухолевого роста нет, pT1aN0. Пациент оставлен под динамический контроль.

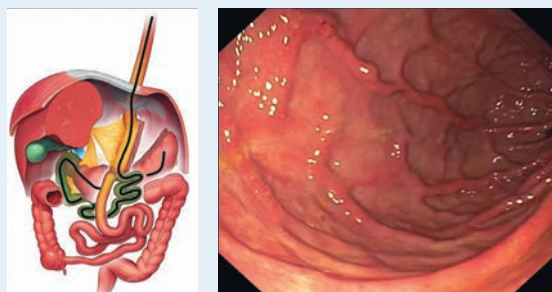


Рис. 11. Одноканальная энтероскопия с осмотром 200 см тонкой кишки, «отключенного» желудка

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Публикуя данное клиническое наблюдение, мы хотели бы ещё раз подчеркнуть две важные доктрины нашей специальности: «Диагностировать и лечить не болезнь, а больного» и «В первую очередь руководствоваться в своей деятельности интересами здоровья пациента». В данном случае составляющими этих многократно проверенных положений могли бы стать полноценное и качественное предоперационное обследование, в том числе — скрупулёзный эндоскопический осмотр с грамотной интерпретацией обнаруженных изменений; следование клиническим рекомендациям, которые призывают не выполнять плановую операцию не дожидаясь результатов

морфологического исследования, даже если это диктуется финансовыми интересами учреждения по выполнению плана высокотехнологичной медицинской помощи. Несомненно, сама по себе мини-гастрошунтирующая операция имела должный эффект в виде снижения веса и лечения сахарного диабета у пациента, но и создала значительные технические трудности для эндоскопического удаления аденокарциномы кардиоэзофагеального перехода через эндоскоп, а также затруднила пожизненный контроль «отключенного» желудка, который отныне будет требовать использования тубус-ассистированной энтероскопии с общим обезболиванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chun-Chi Wu, Wei-Jei Lee, Kong-Han Ser, Jung-Chien Chen, Jun-Juin Tsou, Shu-Chun Chen, Wai-Sang Kuan, «Gastric cancer after mini-gastric bypass surgery: a case report and literature review», Asian J Endosc Surg, 2013 Nov; 6(4):303–6. doi: 10.1111/ases.12052.
2. Harper JL, Beech D, Tichansky DS et al., «Cancer in the bypassed stomach presenting early after gastric bypass», Obes Surg 2007; 17: 1268–1271.
3. Khitin L, Roses R, Birkett D., «Cancer in the gastric remnant after gastric bypass», Curr Surg 2003; 60: 521–523.
4. R. Kassir, P. Lointier, C. Breton, P. Blanc, «Postoperative finding of gastric neuroendocrine tumor in a patient undergoing a mini gastric bypass: points to consider», Surgery for Obesity and Related Diseases, Sep-Oct 2014; 10(5):1009–11. doi: 10.1016/j.soard.2014.03.008.
5. P. Sakai, R. Kuga, A. V. Safatle-Ribeiro, J. Faintuch, J. J. Gama-Rodrigues, R. K. Ishida, C. K. Furuya Jr, H. Yamamoto, S. Ishioka, «Is it feasible to reach the bypassed stomach after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity? The use of the double-balloon enteroscope», Endoscopy, 2005 Jun; 37(6):566–9. doi: 10.1055/s-2005–861444.